FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond-Emile MOINS

Né le 7 juin 1903 à Châlus (Haute-Vienne)

ÉTUDE

DU

KYSTE HYDATIQUE

DU COU

Président : M DUVAL, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond-Emile MOINS

Né le 7 juin 1903 à Châlus (Haute-Vienne)

ÉTUDE

DU

KYSTE HYDATIQUE

DU COU

Président : M DUVAL, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	N...
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentle.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REFFERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY . .	
CHEVASSU .	
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT .	Clinique chirurgicale.
PROUST . .	
SCHWARTZ	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse ; cet hommage de notre admiration et de notre gratitude respectueuses.

A Monsieur le Docteur JEAN QUÉNU

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu nous inspirer ce sujet et nous guider de ses conseils; nous le prions de trouver ici l'expression de nos remerciements respectueux et de notre reconnaissance profonde.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON AMI Marc SARLANGE

Avocat à la Cour d'Appel de Limoges

Ravi prématurément à l'affection des siens.

HISTORIQUE

Les kystes hydatiques du cou constituent une affection rare. Nous n'en voulons pour preuve que celle que nous fournit la vie hospitalière courante.

D'ailleurs, tandis que de longues monographies ont été consacrées à l'étude des kystes hydatiques des viscères, la littérature médicale est pauvre en ce qui concerne la localisation cervicale de l'échinocoque.

Sans doute O'Beirne en 1834 et Bergmann en 1871 nous en rapportent quelques cas, mais c'est un Allemand, Riedel, qui le premier en 1882, publia un ouvrage documenté sur cette affection. En France, c'est Coupry de Lyon qui en 1891 fit paraître l'étude la plus complète que nous possédions. Il a réuni 43 observations.

Jürgens, quelques années plus tard, communiqua 27 observations dont une personnelle.

Depuis *Routier* en 1900 communiqua un cas de kyste hydatique du cou.

Thévenot, de Lyon en 1901, fit paraître dans la *Gazette des Hôpitaux* un cas de kyste suppuré du cou.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Les ouvrages classiques et de nombreuses communications ont consacré une étude trop approfondie à l'étiologie de l'échinococcose en général pour que nous insistions longuement sur ce point.

L'étude des cas publiés par Coupry nous montre que le kyste hydatique du cou apparaît dans n'importe quel sexe et à n'importe quel âge. C'est également la conclusion de Jurgens.

L'âge, cependant, semble avoir une influence que le sexe ne possède pas. Les enfants n'en sont pas exempts et d'après les statistiques cette maladie existerait chez eux une fois sur trois, mais cette affection apparait le plus souvent entre 20 et 30 ans et sa fréquence diminuerait progressivement.

Pathogénie

Outre le cas très rare où l'échinocoque pénétrera dans l'organisme à la faveur d'une plaie des téguments, il est généralement transmis à l'homme soit *directement* par

le chien, soit par des légumes ou des produits destinés à l'alimentation et souillés par les excréments d'un chien porteur d'échinocoque.

Introduit dans l'intestin l'embryon hexacante pourra, par la veine porte, gagner le foie où fréquemment il s'enkystera.

Mais parfois, traversant le réseau capillaire hépatique, il est repris par la circulation générale qui le transporte jusqu'au poumon.

Il agira au niveau du poumon comme dans le foie, c'est-à-dire qu'il y déterminera un kyste à échinocoque, ou bien, si sa vitalité n'est pas épuisée, il pourra traverser sans s'y arrêter le réseau capillaire du poumon.

Passant alors dans les veines pulmonaires qui le transporteront jusqu'au cœur, il gagnera l'aorte, les carotides, la sous-clavière et partant le riche réseau capillaire du cou où il s'enkystera.

Jürgens n'admet pas cette explication.

Pour lui, l'embryon hexacante après avoir perforé la paroi du tube digestif tomberait dans la cavité péritonéale. « Il irait se loger dans le tissu cellulaire qui tapisse les muscles et les vaisseaux » et cheminant dans la gaine vasculaire il gagnerait ainsi la région cervicale.

A l'appui de sa thèse, Jürgens remarque que le kyste hydatique du cou siège presque toujours au voisinage d'un gros vaisseau.

C'est évidemment un mode de propagation possible, mais bien compliqué et de ces deux hypothèses la première nous semble plus conforme au mode de transport habituel de l'embryon échinocoque.

Thévenot écrit à ce sujet :

Si l'on considère la disposition des vaisseaux du cou, on voit que non seulement les deux carotides, mais la vertébrale sont à peu près dans l'axe de l'aorte ascendante. Entraîné par le courant sanguin, l'échinocoque gagnera l'une des nombreuses branches qui vont se perdre dans le cou. C'est donc une prédisposition anatomique qui explique le développement des kystes de cette région et pourquoi ils sont en rapport avec les gros vaisseaux.

Ces deux hypothèses, aussi bien, expliquent la pathogénie du kyste hydatique du cou lorsque ce kyste est primitif, isolé, ce qui est la règle dans la majorité des cas.

Mais lorsqu'il s'agit d'un cas comme celui que nous publions ou celui que relate Korté (c'est le seul cas de coexistence de kyste hydatique du foie et du cou que nous ayons trouvé dans la littérature médicale) c'est-à-dire lorsqu'il y a coexistence de kyste hydatique du foie et du cou, on est en droit de se demander où s'est faite la première localisation. L'interrogatoire de notre malade ne nous a donné là-dessus aucune précision.

Et alors, la question est de savoir si les deux kystes sont tous les deux primitifs ou si l'un est secondaire à l'autre et dans ce cas, lequel est apparu le premier.

Dans l'hypothèse où ces kystes seraient indépendants l'un de l'autre il faudrait admettre qu'un premier embryon, probablement par voie sanguine, serait arrivé au niveau du cou après avoir contourné ou franchi le barrage hépatique et franchi de réseau capillaire du poumon.

Un deuxième embryon se serait enkysté dans la glande hépatique.

Au contraire, de ces deux kystes l'un est-il secondaire à l'autre ?

Nous touchons là à toutes les théories de l'échinococcose secondaire.

On a observé, certes, des cas d'échinococcose secondaire du foie, échinococcose d'origine locale et d'origine péritonéale. Mais existe-t-il des cas d'échinococcose secondaire du foie d'origine embolique ?

Laissons la parole au Dr Dévé qui dans un ouvrage paru en 1901 « sur l'échinococcose secondaire » écrit :

S'il existe de l'échinococcose secondaire embolique du poumon des exemples indiscutables et relativement nombreux, nous ne connaissons pas d'exemples de l'échinococcose secondaire du foie par embolie.

Comment, en effet, un scolex ou une capsule proligère venant du kyste cervical parviendraient-ils au foie pour y déterminer l'apparition d'un nouveau kyste ?

Faut-il alors penser que le kyste du foie soit le kyste initial ? Cela nous paraît à tout le moins hasardé.

Le kyste primitif, en effet, est dû au développement de l'embryon hexacante. Au contraire, si le kyste est secondaire, il est dû au développement d'un scolex ou d'une capsule proligère.

Notre kyste cervical serait donc d'origine métastatique, embolique. Or, pour qu'il y ait embolie, il faut que le kyste puisse déverser son contenu dans la circulation : vésicules, capsules proligères, scolex. Supposons

donc que le kyste hépatique ait déversé son contenu dans le torrent circulatoire. D'abord les vésicules peuvent oblitérer des vaisseaux de gros calibres et déterminer de graves accidents.

Les capsules proligères et les scolex qui sont microscopiques, il est vrai, mais plus gros cependant que l'embryon hexacante gagneront facilement le cœur droit et l'artère pulmonaire mais seront arrêtés au niveau du barrage capillaire du poumon, vu leurs dimensions, ou alors, faut-il penser, sans *preuves valables*, comme certains auteurs, à une perméabilité plus grande du réseau capillaire du poumon ?

Nous sommes donc dans le domaine de l'hypothèse et, nous le répétons, nous n'avons pu obtenir aucune précision de la part de notre malade qui nous dit catégoriquement : « Cette masse cervicale est apparue lentement, insidieusement, en même temps que se manifestaient les douleurs hépatiques ».

Nous n'apportons donc aucune lumière à la question de pathogénie.

Anatomie pathologique

Le kyste hydatique du cou peut occuper toutes les portions de la région cervicale.

Rare cependant à la nuque, (Thèse de Colomb, Montpellier, 1903) il siège presque toujours en avant d'un plan vertical passant par la colonne vertébrale.

Si on le rencontre dans la région sus et sous-hyoïdienne d'où il peut s'étendre plus ou moins bas vers le

sternum, il affecte une prédilection pour la région latérale du cou.

Certes, nous possédons des observations de kystes hydatiques du sterno-cléïdo-mastoïdien (Péan, *Leçon Hôp. St-Louis*, 1885, p. 982) mais *Hensen* et *Jürgens* prétendent que la tumeur se développe dans les *gaines vasculaires* et dans le tissu cellulaire qui les tapisse. L'expérience aussi bien démontre que le siège électif est situé dans la région carotidienne et au niveau de la sous-clavière. Brassart fait de ce siège électif un signe très important.

Dans la région carotidienne, la tumeur se développera au dessous du sterno-cléïdo-mastoïdien, muscle satellite de l'artère carotide qui lui sera presque toujours sous-jacente. Dans un seul cas rapporté par Tourneret la carotide était appliquée en avant du kyste. Gêné par ce muscle qui lui sera une sangle, le kyste au début se développera surtout en profondeur du côté du paquet vasculo-nerveux. En dedans il s'étendra vers les voies digestives et aériennes. Pharynx, larynx, trachée, œsophage ; en arrière, vers la colonne vertébrale, en avant et en bas vers la cage thoracique et la fourchette sternale. Nous étudierons au chapitre des complications les effets de ce développement.

Puis au fur et à mesure qu'elle grossira la tumeur s'échappera sur le bord antérieur, plus souvent sur le bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, pouvant envahir le creux sus-claviculaire. Dans la région de la sous-clavière elle se comportera de façon identique avec les muscles et les vaisseaux de cette région, se développant également en profondeur comme chez Made-

moiselle D... où notre kyste avait un prolonguement supérieur vers la nuque et un autre inférieur vers la fosse sus-épineuse.

Ces tumeurs échinococciques siègent indifféremment à droite ou à gauche avec une prédisposition sensible pour ce côté (d'après Coupry). La raison en est peut-être dans cette disposition anatomique qui fait naître directement de l'aorte la carotide et la sous-clavière *gauches* alors qu'à droite ces deux vaisseaux émanent du tronc brachio-céphalique. Généralement unique le kyste affecte une forme et un volume variables. D'ordinaire arrondi ou ovoïde, gros comme une noix (cas de Routier) une orange, ou le poing, il peut même atteindre le volume d'une tête d'enfant (Obs. de Reynal).

La forme de la poche kystique est extrêmement *variable*.

Lorsque le kyste est sous-jacent au sterno-mastoïdien, il pourra, dans son développement progessif, faire hernie sur les deux bords du muscle et affecter une forme en bissac dont la partie intermédiaire sera plus ou moins déprimée par ce même muscle. On pourra même faire refluer le contenu d'un ventre dans l'autre (Reverdin, 1885).

La constitution du kyste hydatique du cou est celle de tout kyste hydatique avec paroi épaissie, tapissée par le tissu conjonctif voisin et nous n'insisterons pas sur ce point.

Le contenu des kystes hydatiques vivants est au cou comme ailleurs un liquide limpide, clair, ressemblant à de « l'eau de roche » et rappelant par sa cou-

leur et aussi par sa composition chimique le liquide céphalo-rachidien. Il renferme du chlorure de sodium, de la cholestérine, du glucose On y peut rencontrer des crochets et des scolex, des globules blancs qui lorsqu'ils sont nombreux le rendent opalescent.

D'autres fois il peut être bourré de vésicules secondaires et renfermer des membranes ou des portions de membranes hydatiques caractéristiques.

CHAPITRE II

—

SYMPTÔMES

Le kyste hydatique du cou est une affection qui se développe toujours *lentement, insidieusement* et c'est la déformation cervicale et souvent la *gêne mécanique* qui en résulte qui attirent l'attention du malade.

Siégeant en général au niveau du sterno-cléïdo-mastoïdien ou du creux sus-claviculaire, cette tumeur est de *forme* et de *volume* variables.

Elle est ordinairement *arrondie,* ou *ovoïde, régulière.* Sa forme, d'ailleurs, pourra varier suivant que la tumeur, s'étant développée sous le sterno-cléïdo-mastoïdien, aura débordé en avant ou en arrière de ce muscle ou à la fois en avant et en arrière.

Les *téguments* qui la recouvrent sont en général normaux et ne lui adhèrent pas. On peut facilement les plisser.

Parfois — et la malade de *Hensen* nous en est une preuve — la peau est *amincie,* sillonnée de veines superficielles et dilatées, témoignant d'une gêne de la circulation veineuse profonde.

La *fluctuation* est assez facile à percevoir surtout lorsque le kyste est superficiel ; profondément situé il est plus tendu, rénitent (Obs. de Dardel).

D'*ailleurs la même* tumeur peut avoir une consistance variable suivant les points où on la considère.

A propos de son malade, *Coupry* écrit : « A la palpation, la partie antérieure de la tumeur est dure, rénitente. On perçoit en certains points, surtout à la partie postérieure et inférieure une fluctuation assez nette ».

S'il s'agit d'un kyste bilobé comme celui dont *Reverdin* nous rapporte l'observation (*Revue médicale de la Suisse Romande* 1883), on peut faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre.

Sa *surface* est *régulière, lisse* et sans bosselures.

Au cours de la palpation il peut arriver que l'on perçoive le *frémissement hydatique*. *Hensen*, avec un de ses collègues, nous affirme l'avoir perçu chez un enfant de 4 ans, porteur d'une tumeur à échinocoque.

C'est pourtant rare dans le cas de kyste du cou ainsi qu'il ressort des observations que nous avons pu parcourir.

La *mobilité* est un caractère important des *petites tumeurs*, une grosse tumeur ne saurait être mobile. Elles roulent sur les plans profonds comme elles glissent sous les téguments (Tourneret, Strasb., 1876).

Au contraire des tumeurs du corps thyroïde les mouvements de déglutition n'ont sur les kystes hydatiques du cou aucune influence.

Comme l'hydrocèle, le kyste hydatique cervical est

transparent, à condition toutefois qu'il s'agisse d'un kyste superficiel, à paroi mince et dont le contenu ne soit pas trouble.

Hensen a nettement constaté la transparence chez un malade qui portait une énorme tumeur de la région cervicale latérale gauche.

Cette méthode, d'ailleurs, à rarement permis de faire le diagnostic parce que la transparence est difficile à rechercher, à moins que le kyste ne soit très saillant.

Enfin, *Thévenot* nous rapporte qu'un Italien, Rovighi, a attiré en 1894 l'attention sur ce fait « qu'en percutant et en auscultant en même temps un kyste hydatique du cou on entendait une sonorité particulière. Ce signe est peut-être très intéressant, ajoute Thévenot, mais n'a pas été bien souvent appliqué. »

Au point de vue de la sensibilité générale, les kystes hydatiques du cou sont absolument indolents, c'est là un *signe constant*. Il est évident qu'une tumeur volumineuse provoquera de la gêne fonctionnelle.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de la douleur provoquée par la compression des troncs et des filets nerveux. C'est là une complication qui sera étudiée plus loin.

En résumé, ces kystes sont fort bien supportés et pendant de longues années.

Complications

Le kyste hydatique du cou peut déterminer des complications :

1) d'ordre général ;

2) d'ordre local.

Le premier groupe, s'il est restreint en ce qui concerne le nombre des accidents, n'est pas le moins important.

Et d'abord l'inflammation. Elle peut se produire soit à la suite d'un traumatisme, soit par suite d'un amincissement et de l'ulcération de la peau sous l'influence d'une tension exagérée du liquide kystique.

Il existe, également, ainsi que l'établit l'observation rapportée en 1901 par *Thévenot* (*Gazette des hôpitaux*), des kystes suppurés avant d'avoir pu être infectés par un traumatisme ou par une ulcération de la peau.

Son malade, à la suite d'une grippe, constata une augmentation brusque de sa tumeur cervicale avec phénomènes généraux graves, phlegmon.

Comment se fait cette infection ? Nous admettrons avec le même Thévenot que « dans la majorité des cas, les germes pathogènes sont arrivés par voie sanguine et c'est une affection générale dont la nature peut être extrêmement variable qui est le point de départ de ces accidents. »

Cette explication nous semble évidemment la plus plausible.

Les complications d'ordre local sont la conséquence du développement lent et progressif de la tumeur.

Comme pour les anévrysmes, ces accidents résultent :

1) Soit du *déplacement* par la tumeur des organes qui perdent alors leurs rapports normaux ;

2) Soit de la compression exercée par la tumeur sur le paquet vasculo nerveux ;

3) Soit de la destruction opérée par le kyste.

En *dedans*, le kyste à échinocoque peut se porter vers le pharynx, le larynx et la trachée-artère pour ne nous occuper présentement que des voies aériennes.

Il refoule d'abord ces organes, les déplace, les comprime. Il en résulte une gêne respiratoire, une dyspnée qui peut être intense. C'est le cas rapporté par Pravaz dans sa thèse en 1824.

Mais, lorsque depuis longtemps le kyste comprime la trachée, le tissu cartilagineux de celle-ci (se comportant d'ailleurs comme devant les autres tumeurs) se ramollit, devient friable, se résorbe et le kyste s'ouvre alors dans les voies respiratoires et détermine des accidents très graves.

Laënnec autopsia un portier mort quelques heures après son entrée à l'hôpital. Il trouva une tumeur hydatique ouverte dans la trachée sur une longueur « de 4 lignes environ ».

Les mêmes accidents peuvent survenir au niveau du larynx.

Le kyste hydatique du cou peut déterminer les mêmes phénomènes au niveau de l'œsophage et par un processus analogue. Il refoule d'abord l'œsophage, le comprime ensuite, d'où dysphagie (Obs. de Pravaz) qui, légère au début, pourra s'accentuer de plus en plus.

La tumeur dans certains cas — chez le batelier de Dixon par exemple — adhère d'une façon tellement intime à l'œsophage qu'il est impossible de l'en séparer.

Il semble, pourtant, que l'œsophage fuyant plus facilement que la trachée devant la tumeur (sans doute parce que sa consistance est plus molle) s'ulcère moins rapidement qu'elle.

Naturellement, en cas de perforation dans l'œsophage, les accidents seront moins graves que dans la trachée,

Vis-à-vis des troncs et des filets nerveux, par suite de leur compression, il peut se produire des douleurs plus ou moins violentes.

C'est ainsi que dans un cas relaté par Tillaux, le kyste kydatique « situé sur le côté gauche de la région cervicale, provoquait les douleurs très vives, spontanées, au niveau de la tumeur avec irradiation dans le bras ». Aussitôt après l'intervention les douleurs cessèrent.

Dans une observation fort intéressante et que nous reproduisons en tête de cette étude, Dixon nous rapporte le cas d'un batelier atteint de kyste hydatique du cou de la grosseur d'un œuf de pigeon. En se développant ce kyste provoque de l'engourdissement de la région cervicale et des douleurs violentes irradiant vers le bras.

Ces accidents proviennent évidemment de la compression du plexus brachial.

Le laryngé inférieur peut être lui aussi comprimé. Une chanteuse de café-concert dont Dardel nous rapporte l'observation présentait de l'*enrouement*, de la *dysphonie* dus à une compression de ce nerf par un kyste hydatique (*Thèse de Paris*, 1888).

On lit, dans la publication de Bucquoy, l'histoire d'un

malade porteur de kyste hydatique du cou et présentant « une atrophie de la moitié gauche de la face avec rétraction musculaire. Le globe de l'œil est porté en haut et en dedans ; hémianesthésie complète. Le malade aurait éprouvé une céphalalgie intense, générale, avec exacerbations à gauche. Au bout de dix-huit mois était survenue la paralysie faciale accompagnée de troubles de la vue et de l'ouïe ».

Il existait, il est vrai, un kyste du cerveau et de pareils accidents sont heureusement rares.

Le kyste hydatique du cou n'épargne pas les vaisseaux et les complications de ce côté-là sont très fréquentes.

Ce phénomène, d'ailleurs, n'a rien d'extraordinaire puisque le kyste se développe la plupart du temps au voisinage des troncs artériels.

La tumeur commence par comprimer l'artère, diminuant ainsi sa lumière, gênant notablement la circulation.

Chez le malade de Dixon il y avait *absence totale de pouls* à l'humérale et à l'axillaire et engourdissement du bras.

Les artères ne sont pas à l'abri d'une perforation. Elle se produit ordinairement à la suite d'une intervention chirurgicale, mais *sans que celle-ci ait provoqué une lésion du vaisseau.*

Etant donné l'affaissement du kyste, à la suite de son évacuation (obs. de Dixon) l'artère amincie se laisserait distendre et se romprait sous l'influence de la pression sanguine.

Chez le malade de Dixon une première hémorragie

eut lieu au moment de l'intervention mais vite arrêtée. De nouvelles hémorragies très abondantes se produisirent trois semaines après l'opération entraînant la mort.

A *l'autopsie,* Dixon constate que le kyste qui s'était étendu en dedans jusqu'à la colonne vertébrale a provoqué la destruction et la résorption des 5e, 6e et 7e cervicales et des 1re et 2e dorsales.

La tête et le col des deux premières côtes avaient complètement disparu et il existait une subluxation de la clavicule.

Ces complications, on le voit, sont redoutables, mais les dernières énoncées sont rares.

CHAPITRE III

—

DIAGNOSTIC

Comment conclure à l'existence d'une tumeur à échinocoque ? Souvent le diagnostic est difficile.

On l'appuiera sur le *siège* de la tumeur qui est presque toujours située au niveau du sterno-cléïdo mastoïdien ou du creux sus-claviculaire, sur sa *forme*, son *volume*, son *mode* d'accroissement *lent* et *insidieux*.

En ce qui concerne ce dernier point il ne faut pas méconnaître, pourtant, ainsi qu'en fait foi le cas rapporté par *Reverdin* (1885) que le kyste peut grossir rapidement « sous l'influence de la grossesse, de l'accouchement ou d'un travail fatigant ».

Nous appuierons également le diagnostic sur les *signes fonctionnels* résultants de la *compression* des organes étudiés plus haut, lorsque les signes existent.

Il faut aussi rechercher :

1) La fluctuation.

Elle manque rarement dans les tumeurs superficielles et elle a au moins l'avantage de permettre l'élimination de toutes les tumeurs solides.

Pourtant, lorsque le kyste est trop distendu, que ses parois sont très épaisses ou qu'il est trop profondément situé la fluctuation peut faire défaut (obs. de Dardel).

2) Le frémissement hydatique.

Il est un signe pathognomonique des tumeurs hydatiques et à lui seul, lorsqu'il existe, il permet de faire le diagnostic.

On l'a rarement observé au niveau des kystes du cou (obs. de Hensen).

Després prétend, d'ailleurs, « qu'il manque dans les petits kystes situés dans les muscles ou entre les interstices musculaires des membres ».

3) La transparence.

En présence d'une tumeur cervicale on peut, dans certains cas, rechercher la *transparence*, comme on le fait pour l'hydrocèle. Sa constatation est évidemment très importante, mais elle manque dans le cas de kyste suppuré ou à paroi épaissie. De plus, il est impossible de la rechercher dans un petit kyste comme celui dont parle *Routier* et qui avait le volume « d'une prune ».

Il ne faudra pas manquer de s'enquérir de la *profession* du malade, de son *lieu d'habitation* ou de *villégiature*, de *son alimentation*, savoir s'il a eu ou s'il a *des chiens* autour de lui.

Enfin, s'il existe déjà une tumeur à échinocoque d'une autre région (comme c'est le cas dans notre observation) il faudra penser à un kyste hydatique du cou en présence d'une tumeur cervicale.

Ces signes cliniques sont assez inconstants et ne permettent pas toujours de faire le diagnostic de kyste hydatique du cou

Aussi peut on s'adresser à la *ponction* exploratrice qui ést un excellenl moyen de diagnostic. Elle est d'une importance capitale et constitue un excellent guide pour le chirurgien.

Un liquide clair et limpide comme de « l'eau de roche », renfermant du chlolure de sodium, de la cholestérine, des traces de glucose, des leucocytes, des acides aminés appartient spécialement aux hydatides.

A plus forte raison, s'agit-il d'un kyste hydatique si l'on rencontre dans le liquide des scolex ou des crochets. Un seul scolex ou un seul crochet lève tous les doutes.

Le résultat de la ponction n'est plus aussi probant lorsqu'il s'agit de kyste suppuré.

En résumé si la ponction est souvent d'une importance capitale elle peut être dans certains cas infidèle, mais ne semble pas présenter les inconvénients signalés au niveau du foie.

Nous mentionnerons seulement les réactions suivantes qui n'ont rien de particulier pour les kystes hydatiques du cou :

1) L'*éosinophilie sanguine* qui constitue une présomption ;

2) La *réaction de Weinberg*. — Elle n'est pas pathogno-

monique. Même négative, elle ne saurait faire rejeter le diagnostic de kyste hydatique ; l'observation que nous relatons en fournit une preuve indubitable ;

3) *la précipito-réaction de Fleig-Lisbonne* ;

4) *l'Intra-dermo réaction de Casoni* ;

5) *la sous-cuti-réaction de Ponsto* ;

Diagnostic différentiel

Le diagnostic des kystes hydatiques du cou est difficile d'autant que l'on ne songe guère à une affection aussi rare.

Voyons donc avec quelles affections on pourrait confondre ces tumeurs.

Abcès froid.

Il présente, en effet, une forme arrondie, une évolution lente, est fluctuant, tous symptômes propres au kyste hydatique.

La déficience de l'état général du malade, ses antécédents, l'engorgement des ganglions lymphatiques de la région cervicale suffiront la plupart du temps à trancher le diagnostic.

Les téguments d'ailleurs se prennent rapidement et ne glissent plus sur la tumeur sous-jacente.

Enfin la ponction ramènera un pus grumeleux et caractéristique.

Lipome.

Comme le kyste hydatique, le lipome laisse intact l'état général, évolue lentement, insidieusement, sous

des téguments normaux et présente de la fluctuation.

Pourtant, sa forme est moins régulière que celle du kyste hydatique.

On trouve souvent sur sa surface de nombreuses bosselures, il est dépressible, pâteux, moins mobile que le kyste.

Un excellent moyen de diagnostic consiste à appliquer de la glace sur la tumeur. Le lipome est la seule tumeur qui durcisse alors. C'est le signe de *Gosselin*.

Au surplus, même volumineux le lipome ne détermine que *très rarement* des accidents de compression des nerfs ou des viscères voisins.

Là aussi, une ponction exploratrice trancherait la question.

Kystes branchiaux.

Le diagnostic est hérissé de difficultés. Cependant les kystes branchiaux siègent en général sur le bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Ils apparaissent, sinon dans la première enfance, du moins dans la seconde, souvent au moment de la puberté, ce qui est relativement rare pour le kyste hydatique.

Rarement fluctuants, les kystes branchiaux sont mollasses, pâteux. De plus le doigt peut laisser son empreinte dans la tumeur. C'est le signe du *godet* signalé par *Linhart*.

Souvent ces tumeurs présentent une adhérence osseuse, qui les rend fixes sur les plans profonds.

Kyste séreux.

Ils sont congénitaux. — Leur surface est bosselée, leur consistance spongieuse.

Ces kystes sont tremblotants et la pression en un point chasse le liquide dans les poches voisines car ces kystes ont souvent des prolongements soit axillaires, soit médiastinaux.

La ponction ramène un liquide séreux, alcalin et jaunâtre.

Lymphadénome.

Il se distingue du kyste hydatique du cou parce que dans le lymphadénome il existe une hypertrophie polyganglionnaire considérable et nombreuse (lymphadénome aleucémique). La rate est hypertrophiée.

Il y a une augmentation très grande des leucocytes. L'état général est mauvais.

Dans le lymphadénome aleucémique les ganglions sont hypertrophiés mais indépendants les uns des autres, constituant un paquet saillant et bosselé. Déficience de l'état général.

Sarcome.

Cette affection a une évolution rapide ; *douleurs*, engorgement ganglionnaire, amaigrissement puis cachexie.

Ganglions tuberculeux.

Ces ganglions sont mous et souples mais sans fluctuation. Il existe souvent de la *polyadénite* et de la périadénite.

Adénites syphilitiques.

Présence d'un chancre de la lèvre, de la langue ou de l'amygdale dans l'adénite primitive. Cette adénite, d'ailleurs, siège presque toujours dans la région sous-maxillaire, rarement dans la région carotidienne.

Adénite polyganglionnaire.

Evolution rapide de la gomme adhérente à la peau et aux organes voisins.

Réaction de Bordet-Wassermann positive.

Le traitement spécifique peut trancher la difficulté.

Anévrysme.

Les *battements* et l'*expansion* qui sont les signes caractéristiques de l'anévrysme permettent en général de faire facilement le diagnostic.

Kystes du corps thyroïde.

Les kystes du corps thyroïde sont mobiles avec le larynx.

Les mouvements de la tumeur pendant la déglutition suffiront à faire penser à un kyste du corps thyroïde.

Spina bifida.

Outre que le spina bifida siège à la nuque et qu'il est une affection rare, il présente une certaine réductibilité et augmente sous l'influence de la toux ou d'un effort.

Somme toute, si l'étude des signes particuliers à chaque tumeur peut nous permettre de faire le diagnostic de kyste hydatique, il n'en reste pas moins vrai que celui-ci est souvent très difficile.

On en est réduit à procéder par exclusion.

CHAPITRE IV

MARCHE ET PRONOSTIC

Il ressort de cette étude sur le kyste hydatique du cou que cette tumeur évolue *lentement* et *insidieusement*. Comme elle est, d'autre part, absolument indolente, les malades la supportent très *longtemps* et sans *aucune gêne*. La malade dont nous rapportons l'histoire avait remarqué une tumeur du cou en *1915*. Elle ne fut opérée qu'en *1927* et parce que la malade se trouvait à l'hôpital pour une autre affection.

C'était, nous l'avons vu, pour une tumeur de la région épigastrique qu'elle venait consulter.

Parfois, cependant, sous l'influence de la fatigue, de la grossesse, etc..., la tumeur peut grossir rapidement, et atteindre en quelques semaines un volume considérable.

L'impression qui se dégage de cette étude, c'est que le kyste hydatique du cou est une affection *bénigne en soi* puisque elle n'a aucune *répercussion* sur l'état général.

Mais cette bénignité n'est que relative si l'on considère les accidents redoutables que peut provoquer une tumeur échinococcique du cou abandonnée à elle-même.

L'étude des complications survenant au niveau des voies aériennes ou digestives, des vaisseaux ou des nerfs, enfin du système osseux et dont nous nous sommes occupé antérieurement, nous fournit des exemples probants.

D'ailleurs, l'intervention est d'autant plus difficile et grave que la tumeur est plus ancienne, celle ci ayant contracté des adhérences de plus en plus intimes avec les organes voisins.

En résumé, le pronostic est favorable si le diagnostic qui *entraîne* et *doit* entraîner l'intervention est précoce.

CHAPITRE V

—

TRAITEMENT

Ponction.

Autrefois on se contentait de la ponction que l'on pratiquait selon les procédés soit de Debove, soit de Hanot, soit de Bacelli et qui consistaient le premier et le deuxième à vider complètement le kyste et à y injecter de la liqueur de Van Swieten. Mais, tandis que dans le premier procédé c'était une injection de 200 grammes à 500 grammes de liqueur de Van Swieten que l'on évacuait au bout d'un quart d heure, Hanot injectait à titre définitif 20 à 40 grammes de cette même liqueur.

La méthode de Bacelli consistait à évacuer 20 grammes environ du liquide kystique que l'on remplaçait par un volume égal d'une solution de sublimé à 1 %.

Ces divers procédés de ponction sont :

1° *Pénibles*, en ce sens que la solution injectée peut laisser des douleurs ;

2° *Dangereux*, parce qu'ils peuvent déterminer de l'infection ou des accidents graves comme la greffe échinococcique, etc.

Aussi la ponction a-t-elle été complètement abandonnée et nous ne la citons que pour mémoire.

Restent alors :

1° *L'extirpation* ;

2° *L'incision* suivie de *réduction* sans *drainage* ;

3° *L'incision* suivie de drainage ou *marsupialisation*.

Extirpation.

Nous ne nous étendrons pas sur la technique de cette opération qui en soi est excellente.

Péan opéra une petite fille ayant une tumeur hydatique du cou de la grosseur d'une orange. L'énucléation fut totale et facile.

Mais il s'agissait d'un kyste relativement petit et n'ayant que peu ou pas d'adhérences.

Dans le cas contraire l'extirpation devient dangereuse. On peut, en effet, blesser les vaisseaux (carotide et sous-clavière, jugulaire...) et les nerfs (pneumogastrique) et déterminer de graves accidents.

Elle peut être impossible et nous n'en voulons pour preuves que les cas relatés par Dixon, Tourneret, Körte, Coupry. Il existait des adhérences tellement intimes avec les organes voisins qu'il fut impossible à ces chirurgiens d'énucléer le kyste.

Il ressort donc de cette étude que l'extirpation trouve son indication dans le cas de petits kystes faciles à disséquer, n'ayant pas de fortes adhérences ou de profonds diverticules.

Réduction sans drainage

Nous avons trouvé une seule observation où la réduction sans drainage fut pratiquée sur un kyste hydatique du cou.

Cette méthode aurait l'avantage de produire une guérison plus rapide et d'éviter la suppuration.

Mais lisons Routier qui pratique cette opération : « On enleva la membrane en entier et on referma l'incision comme pour un kyste de l abdomen.

Ici, les tissus ne comblent pas aussi facilement les vides et le 8e jour on mit un drain pour évacuer la sérosité qui s'était accumulée dans la cavité ». « Malade parfaitement guéri ».

Incision avec drainage marsupialisation.

L'incision avec drainage ou marsupialisation constitue la troisième intervention.

Elle était autrefois la seule opération employée pour le traitement du kyste hydatique en général.

Sur les 19 cas que nous rapportons, le drainage ou la marsupialisation ont été pratiqués 9 fois ; 4 fois, en outre, on draina parce que l'énucléation avait été partielle (Hensen, Tourneret, Dixon et Körte).

Les résultats du drainage ou de la marsupialisation dans nos 9 observations sont les suivants :

7 guérisons rapides ;

2 suppurations, l'une dure deux mois.

Les kystes drainés peuvent, en effet, suppurer pendant de longs mois. Il peut même se produire une fistule comme chez le malade de Bucquoy.

Mais ici, nous n'avons pas à redouter les mêmes accidents graves qui peuvent se manifester après marsupialisation d'un kyste du foie.

A la suite du drainage, certes, des hémorragies (Dixon, Körte) peuvent se manifester et longtemps après l'intervention (21 jours chez le malade de Körte. 19 jours chez celui de Dixon). Il semble, d'ailleurs, nous l'avons vu, que ces accidents se manifestent sous l'influence de la pression sanguine. Et puis, dans ces deux cas, l'énucléation avait été impossible en raison des adhérences du kyste à la sous-clavière.

Il nous semble, aussi bien, qu'il vaut mieux marsupialiser dans cette région riche en gros vaisseaux, et en nerfs. C'est une opération de sécurité.

Elle paraît être l'intervention de choix dans ces gros kystes adhérents et ayant des diverticules se prolongeant profondément (Chez notre malade il eût été impossible d'extirper le kyste et ses diverticules).

Nous ne nous arrêterons pas sur la technique de cette opération. Nous rappellerons seulement qu'après avoir incisé la peau et être arrivé sur le kyste, on fait une légère ponction pour injecter dans la poche kystique 10 cm^3 environ d'une solution formolée. Cette injection a pour but de détruire les scolex et les capsules proligères.

Puis on incise le kyste, on l'évacue et on déterge la cavité après avoir protégé tout le pourtour du kyste à l'aide de champs stériles.

Enfin on marsupialise.

S'il existe des diverticules comme chez notre malade,

on peut les drainer par une courte incision et un tube de caoutchouc.

***

Pour conclure, nous dirons qu'un petit kyste mobile et facile à disséquer peut être extirpé commodément.

Au contraire, lorsqu'il s'agit d'un gros kyste adhérent aux organes voisins et occupant la région carotidienne ou de la sous-clavière, une tentative d'extirpation serait un danger bien inutile.

On risquerait de blesser les gros vaisseaux et les nerfs et dans ce cas il est préférable de marsupialiser pour avoir le maximum de sécurité.

OBSERVATIONS

Obs. I (INÉDITE). — *Kyste hydatique du cou coexistant avec un kyste hydatique du foie. Marsupialisation. Guérison* (JEAN QUÉNU).

Mlle D..., 46 ans, couturière à Paris, entre à l'hôpital N.-D. de Bon Secours le 11 août 1927 dans le service du Dr Jean Quénu, adressée par le Dr Guyot pour une tumeur de la région épigastrique.

Histoire de la maladie.— Depuis 1915, Mlle D... ressent des *douleurs* et de la lourdeur dans la région hépatique, mais en octobre 1925 ces douleurs s'intensifient et à la suite d'une crise violente apparaît un ictère qui dure trois semaines environ.

Les douleurs se sont atténuées mais n'en persistent pas moins, irradiant vers l'épaule droite.

En novembre 1926, surviennent de nouvelles crises hépatiques. Ces crises, qui se répètent à huit ou quinze jours d'intervalle, sont suivies chacune de subictère persistant pendant deux ou trois jours.

Ces phénomènes s'accompagnent de coloration intense des urines qui sont rares et émises en faible quantité à la fois.

Les fèces sont blanchâtres, de couleur « mastic » nous dit la malade.

A partir de cette époque les crises se renouvellent suivies de périodes plus ou moins longues d'accalmie. Devant leur persistance et l'aggravation de son état général, Mlle D... entre au début de mai 1927 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Pr Villaret qui institue un régime alimentaire à la suite duquel les crises douloureuses s'espacent nettement.

La radiographie est pratiquée à cette époque par le Dr Lagarenne dont la conclusion est la suivante :

« Grosse masse pathologique développée à la face inférieure du foie, occupant le creux épigastrique, à bord régulièrement circulaire. Kyste hydatique ou néoplasme primitif du foie ».

Cependant les crises hépatiques qui s'étaient espacées ont disparu depuis la fin mai pour réapparaître violentes et à deux reprises en juillet. C'est à la suite de ces crises nouvelles que la malade est dirigée par son médecin sur l'hôpital N.-D. de Bon Secours.

Etat actuel 11 août 1927. — On trouve à l'épigastre une zone de matité qui se continue avec la matité hépatique.

A la palpation on constate l'existence à ce niveau d'une masse résistante ne donnant pas une impression de dureté véritable ; légèrement douloureuse à la pression.

La recherche du frémissement hydatique est négative.

Il n'existe ni ascite, ni circulation collatérale.

La rate n'est pas augmentée de volume.

Pas d'éruption cutanée, pas de prurit, pas d'hémorragie d'aucune sorte.

Il existe une douleur dans l'épaule droite, un dégoût pour les matières grasses et d'ailleurs de l'anorexie.

L'état général est mauvais. La malade qui a maigri de 17 kg. en un an pèse 57 kg. 200.

Antécédents. — Nous interrogeons Mlle D... au point de vue de ses antécédents héréditaires et personnels.

Elle n'a jamais eu de maladie si ce n'est la rougeole dans son jeune âge. Son père est mort fort vieux et sa mère subitement d'une rupture d'anévrysme.

Mlle D... est née au Havre, a villégiaturé en Normandie et habite Paris depuis vingt ans. D'autre part elle a eu toujours des chiens autour d'elle. Le dernier était un fox-terrier qu'elle garda seize ans, jusqu'à sa mort en 1918. Ce chien vivait constamment auprès d'elle, l'accompagnait dans toutes ses allées et venues et notamment à la boucherie, se nourrissait de viande crue et lui léchait le visage.

Examens de laboratoire. — Outre la radiographie précédemment mentionnée des examens spéciaux ont été pratiqués sur la malade.

La réaction de Weinberg pratiquée en mai 1926 à l'Institut Pasteur par M. Weinberg lui-même qui « ne répond pas de son antigène » est négative.

On fait le Bordet-Wassermann en mai 1927 : il est négatif.

Le dosage de l'urée sanguine donne 0,21.

Temps de saignement : 2 minutes 30.

Temps de coagulation : 11 minutes.

Devant cette histoire et ces symptômes et quoique la réaction de Weinberg soit négative, nous pensons qu'il s'agit probablement d'un kyste hydatique du foie, tout en faisant quelques réserves sur la possibilité d'un cancer primitif, étant donné l'opacité impressionnante de la tumeur à la radiographie.

En tout état de cause, nous proposons une laparotomie qui est acceptée.

Première intervention (abdominale). — 18 août 1928. Dr Jean Quénu.

Anesthésie : Ether.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Gros kyste du lobe carré, adhérent au petit épiploon épaissi.

Au premier abord on le prend pour une tumeur solide et on essaye de la décortiquer. Incision sur la face antérieure. Issue d'une grande quantité de vésicules filles ; peu de liquide et ce liquide est trouble.

Délivrance de la membrane unie en un seul feuillet. Formolage de la poche dont la paroi apparaît rigide, fortement imprégnée de sels calcaires.

Suintement sanguin et biliaire. Deux mèches, un gros drain. Marsupialisation.

On place également deux mèches intra-abdominales parce que le kyste avait été fissuré sur sa face postérieure.

Suites opératoires simples.

Le *4e jour*, on enlève une partie de la grande mèche et la totalité de la petite.

Le *5e jour*, purgation et ablation totale de la grande mèche.

Le *8e jour*, ablation partielle des mèches abdominales qui sont complètement enlevées le 10e jour. On laisse seulement un drain dans l'orifice de marsupialisation.

La malade se lève le 15e jour.

***

Cependant l'on n'avait pas été sans remarquer que dans la région latérale et droite du cou, en arrière du bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien et sur le bord antérieur du trapèze, la malade présentait une tuméfaction ovoïde à laquelle elle n'attachait d'ailleurs aucune importance.

L'ayant interrogée sur ce point nous apprenons que cette masse est apparue lentement, insidieusément en 1915, en même temps que se manifestent les douleurs hépatiques.

Petite au début, indolore, elle est considérée comme un abcès froid par un médecin du Havre.

En 1926, à l'Hôtel-Dieu elle est regardée comme un lipome.

Aujourd'hui elle se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde de la grosseur d'une mandarine, recouverte par des téguments normaux ne renfermant au-

cune veine superficielle ou dilatée et qui ne lui adhèrent pas.

Sa surface est régulière mais sa forme ne peut être bien définie car on a l'impression que la masse plonge dans la profondeur. Cette tumeur nettement fluctuante est indolore à la palpation.

Il n'existe d'autre trouble fonctionnel qu'une certaine gêne des mouvements de la tête en particulier du mouvement de rotation.

D'autre part la région occupée par cette tumeur est légèrement engourdie.

Aussitôt après l'opération du kyste hydatique du foie cette tumeur grossit et devient plus gênante, atteignant le volume du poing.

C'est alors que notre attention est attirée sur cette tumeur qui, effectivement *ressemble à un lipome profond du cou.* Néanmoins, étant donné le kyste hydatique du foie dont nous avons opéré la malade, nous évoquons la possibilité d'une localisatiou cervicale de l'échinococcose et *ponctionnons* la masse le 19 septembre 1927. Issue d'un liquide opalescent, blanchâtre, sans pression.

Examen cyto-bactériologique du liquide :

Très grande quantité de leucocytes avec karyolyse très avancée ; aucun débris de tissu quelconque et apparemment pas de microbes.

L'abondance de leucocytes est plus que suffisante pour expliquer l'opalescence du liquide.

Le 21 septembre 1927 un nouvel examen nous indique qu' « il existe une abondance de leucocytes, des cris-

taux de cholestérine, du chlorure de sodium et des globules de graisse ».

« Pas de crochets ni de scolex, mais il y a des probabilités vu la cholestérine et le Na Cl qu'il s'agit d'un liquide de kyste hydatique ».

(Dr Vaudet, *chef de laboratoire*).

Le diagnostic de kyste hydatique du cou n'est plus douteux.

Deuxième intervention (cervicale). — 29 septembre 1927. Dr Jean Quénu.

Anesthésie : Ether.

Incision sur le bord antérieur du trapèze prolongée un peu sur la clavicule.

Entre le splénius et le bord antérieur du trapèze, on trouve le kyste qu'on ponctionne pour y injecter 10 cm³ environ de solution formolée. Puis on l'incise et on évacue alors une grande quantité de vésicules filles. On déterge la cavité qui présente un prolongement supérieur vers la nuque et un prolongement inférieur vers la fosse sous-épineuse qu'on draine au moyen d'une courte incision et d'un tube de caoutchouc.

Marsupialisation au niveau de l'incision avec deux drains jumelés.

Le 3 octobre, ablation du premier drain.

Le 9 octobre, ablation du deuxième drain.

Le 16 octobre, ablation du drain de la fosse sous-épineuse.

Le suintement est insignifiant et l'orifice se cicatrise rapidement.

Résultats éloignés :

Mlle D... revient à N. D. de Bon Secours au milieu de janvier 1928 ; les plaies sont entièrement cicatrisées. Il n'existe aucun trouble digestif. L'état général s'est considérablement amélioré. Notre ancienne malade pèse 71 kg. 800. Il existe au niveau de l'incision de laparotomie une éventration dont nous conseillons l'opération.

Revue au début d'octobre 1929, Mlle D... est en excellent état. Elle pèse 77 kg. 500, soit 20 kg de plus qu'au moment de son entrée à l'hôpital. Elle ne présente aucun signe de localisation quelconque d'échinococcose.

Obs. II. — Tyson (*The philosophical transaction of the Royal Society of London*, vol. IV, 1700).

Femme de 25 ans. Tumeur de la nuque surmontée d'un phlegmon.

Les téguments sont si minces que Tyson incise la peau et la poche, issue d'hydatides.

Obs. III. — Laennec (*Œuvres*. Observation II, p. 144).

Un portier entre à l'hôpital le 30 pluviôse an XI. Tumeur de la région cervicale droite de la grosseur d'un œuf d'oie.

Le soir le malade éprouvait de l'oppression ; il perdit connaissance, ralentissement de la respiration, et il expira en 2 ou 3 minutes.

Autopsie : La tumeur recouvre le côté droit et antérieur du larynx et des premiers anneaux de la trachée, les vaisseaux et les nerfs profonds du cou. Recouverte antérieurement par le sterno-mastoïdien, elle refoulait à gauche le lobe droit de la glande thyroïde. Vésicules.

A l'endroit où la tumeur recouvrait le larynx et la trachée-

artère, on voyait une ouverture de 4 lignes de diamètre qui pénétrait dans la trachée. Le kyste adhérait fortement au contour de cette ouverture, la muqueuse de la trachée y formait de petits lambeaux.

Obs. IV. — Pravaz (*Thèse de Paris*, 1824).

Homme qui mourut après avoir présenté pendant trois mois les symptômes suivants : dyspnée progressive, respiration soufflante, inspiration plus bruyante que l'expiration dysphagie.

A l'autopsie on trouva : « Sous l'épiglotte deux vésicules transparentes, grosses comme une petite noix, adossées l'une contre l autre et occupant, la droite surtout, une partie des ventricules du larynx.

Obs. V. — James Dixon : *Kyste hydatique du cou. Vaste poche profonde ne pouvant être extirpée. Drainage.*

Mort le dix neuvième jour après l'opération par rupture de la sous-clavière.

Henri M..., hôtelier, 24 ans, entre à l'hôpital le 14 janvier 1851.

Il présente à gauche dans la région cervicale une tumeur grosse comme un œuf de poule.

Fluctuation.

Corps thyroïde dévié en haut et à droite. La voix du malade est rauque, faible. Aucune pulsation à l'humérale, ni à l'axillaire, pouls radial intermittent, engourdissement du bras.

23 janvier : Ponction : liquide clair et limpide. Au début de mars incision le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien.

Division de la poche : liquide clair, hydatide. Impossibilité d'atteindre le fond de la poche bourrée d'hydatides.

Au cours de l'opération petites hémorragies vite arrêtées par la pression des doigts.

Pansement. Drainage.

On peut alors percevoir le pouls radial.

Quatre jours plus tard *le 11 mars*, du pus fétide commence à sourdre de la plaie avec des hydatides.

27 mars (19 jours après l'opération) hémorragie arrêtée par compression.

28 mars : nouvelle hémorragie.

Nouvelle intervention : L'incision est prolongée, la jugulaire externe est affaissée.

Il n'existe *aucune lésion de ce vaisseau ni d'aucun autre.*

Mort le lendemain.

Autopsie.

Kyste adhérent à la colonne vertébrale incurvée. Les 5e, 6e et 7e cervicales ont subi une résorption complète de plus de la moitié de leur corps. Il en est de même pour les 1re et 2e dorsales.

La tête et le col des deux premières côtes ont complètement disparu.

Adhérence de la poche à la convexité de la crosse de l'aorte.

Adhérence intime avec le sommet du poumon.

La sous-clavière est ouverte sur sa face externe d'où les hémorragies qui ont entraîné la mort.

Obs. VI — Hensen (*Deutche Zeitschrift fur Chirurgie*, année 1873).

14 mars 1873. Enfant de 4 ans porteur d'une grosse tumeur évoluant depuis deux ans.

Double tumeur de la région cervicale gauche. L'une la plus grosse commençant à un travers de doigt au-dessous de l'oreille et s'étendant jusqu'à l'épaule et la clavicule,

Très fluctuante. La peau qui la recouvre est mince et sillonnée de veines dilatées.

Très mobile elle peut se déplacer au premier examen, en palpant fortement j'ai pu percevoir (un de mes collègues l'a constaté également) un bruissement particulier qui nous parut être celui appelé frémissement hydatique.

Plus tard nous ne pûmes constater sûrement ce phénomène.

Une lumière placée derrière cette tumeur nous la montrait clairement transparente.

L'autre tumeur est située sur le bord externe et supérieur du sterno-cleïdo mastoïdien. Grosse comme une petite pomme. Mobile, fluctuante, repoussant la trachée au-delà de la ligne médiane.

Cette tumeur est transparente. On diagnostique un kyste hydatique.

A l'opération, les deux poches sont adhérentes l'une à l'autre.

On incise la peau, puis la poche. Liquide clair, hydatides nombreuses.

On coupa et on disséqua l'hydatide mère autant qu'il fut possible, puis la plaie fut tamponnée avec soin et on fit le pansement.

Obs. VII. — Dehlio et Bergmann (*Deutsche Zeitchrift fur Chirurgie* 1873. *Kyste hydatique du cou.*

Marie F..., 10 ans. Tumeur cervicale droite au bord inférieur du sterno-cléïdo-mastoïdien grosse comme un œuf de poule élastique, et molle.

Brusquement la peau devient rouge.

On incise, pus liquide et clair, vésicules. Kyste adhérent aux vaisseaux carotidiens.

Drainage. Guérison.

Obs. VIII. — Touneret (*Gaz. Médicale Strasboury*, 1876, t. XXXV, p 117).

M... Albert, 7 ans, amené dans le service de M. le Pr Boëckel.

Tumeur droite du cou, énorme, présentant trois bosselures, l'une située en avant, émanant du sterno-cléïdo-mastoïdien, l'autre en arrière, une troisième antérieure petite et recouvrant la partie antérieure du larynx.

Ces trois bosselures sont nettement séparées les unes des autres.

Fluctuation. Mobilité.

Aucun frémissement hydatique. Pas de douleur.

Développement lent, progressif.

La carotide primitive est appliquée en avant de la tumeur et on la voit battre.

Diagnostic : kyste hydatique.

Traitement sous le chloroforme. On ponctionne. Liquide clair.

Incision après que la poche est vidée et enucléée en grande partie. Marsupialisation de ce qui reste et drainage.

L'intervention eut lieu le 25 août. Peu de suppuration.

Le 3 octobre l'enfant quitte l'hôpital.

Obs. IX. — Körte. *Kyste hydatique du cou coexistant avec un kyste hydatique du foie.*

Tentative d'extirpation. Drainage.

Mort par rupture de la sous-clavière dans la poche, le vingt-troisième jour.

Femme de 24 ans, présentant une grosse tumeur de la région cervicale gauche. Fluctuation nette ; la mobilité n'existe qu'à la base du cou ; en arrière de la clavicule la tumeur est adhérente.

Il existe une autre tumeur au niveau du foie.

On émet avec réserve le diagnostic de kyste hydatique du cou et du foie.

15 mai, on entreprend l'extirpation du kyste cervical.

La rupture accidentelle donne issue à du liquide clair, vésicules filles.

Adhérences nombreuses aux organes voisins. L'énucléation complète est impossible. Lavages phéniqués. Pansements.

Le lendemain drainage.

Pas d'hémorragie, ni douleur, ni réaction.

6 juin, hémorragie considérable cessant à la suite d'un tamponnement de la cavité. Cependant la malade meurt quelques heures après.

Autopsie.

Kyste adhérent intimement à la sous-clavière un peu avant son entrée dans le triangle des scalènes.

Une injection poussée dans cette artère pénètre dans le sac kystique par un orifice dans lequel on peut introduire un stylet.

Le stylet pénètre aussi dans l'artère intercostale supérieure.

Adhérence au poumon ; parois soudées à la colonne vertébrale.

Foie très volumineux, soudé au péritoine et au diaphragme. On trouve au niveau de la glande hépatique cinq kystes dont quatre à droite.

Obs. X. — Bucquoy : *Kyste hydatique du cœur. Drainage. Suppuration.*

K... entre à l'Hôpital le 10 mai 1885.

Atrophie de la moitié gauche de la face.

Rétraction musculaire.

Globe de l'œil porté en haut et en dedans.

Hémianesthésie.

Tumeur considérable de la région latérale gauche située sous l'angle de la mâchoire.

Début remontant à deux ans.

Céphalalgie intense surtout à gauche.

Paralysie faciale au bout de 18 mois.

K... a rendu des petites poches comme des grains de raisin par le nez et la bouche.

On diagnostique une tumeur hydatique.

Tumeur fluctuante douloureuse.

Incision.

Poche très profonde : liquide clair, vésicule.

Drainage.

La plaie restée fistuleuse ne laisse plus sortir de vésicule mais le malalade en rend encore par le nez et la bouche.

Il semble qu'il existe un kyste du cerveau ayant envoyé un prolongement dans le cou.

Obs. XI. — Péan : (*Leçon clinique chirurgicale,* hôpital St-Louis, 1885, t. III).

A... Marie. Tumeur grosse comme une orange et siégeant dans la moitié gauche de la région sus-hyoïdienne, arrondie, globuleuse, indolente.

20 juillet : incision. Enucléation totale et facile.

23 juillet : guérison.

Obs. XII. — Péan : *Kyste hydatique du sterno-cléïdo-mastoïdien* (Leçon de clinique chirurgicale. Hôpital St-Louis, 1885, t. IV, p. 982).

S... Paul, 21 ans, ébéniste. A depuis 6 mois dans la région cervicale droite, dans la région supérieure du sterno-cléïdo-mastoïdien, une tumeur.

Volume d'un œuf de poule, lisse, unie, fluctuante, mais siégeant dans l'épaisseur du muscle.

Indolence.

Drainage. Suppuration pendant 2 mois. Guérison.

Obs. XIII. — Reverdin : (*Revue de la Suisse Romande*, 1885).

G. L. Louise, 30 ans.

Tumeur de la région latérale gauche du cou. Bilobée. Elastique. Grosse comme les deux poings.

Cou gros depuis longtemps mais a augmenté de volume pendant la dernière grossesse et a considérablement grossi pendant l'accouchement (25 mars 1882).

Le 1er novembre après un travail fatigant gonflement brusque de la tumeur qui envahit le cou et la figure à gauche.

On pense à une tumeur maligne.

En avril 1883, la tumeur est fluctuante.

La fluctuation se perçoit d'un lobe à l'autre.

Respiration pénible.

Le 5 avril 1883, incision, issue de vésicules et de liquide limpide.

On draine : lavages phéniqués. Pansements.

Guérison assez rapide.

Obs. XIV. — Reynal : (*Bulletin des Sciences médicales de la Société du département de l'Eure, in* Coupry).

Depuis 6 ans une bergère portait une tumeur énorme, du volume de la tête d'un enfant.

Cette tumeur était apparue il y a 17 ans.

Incision. Issue de liquide et d'hydatides. Drainage.

Obs. XV. — Dardel : (*Thèse de Paris*, 1888).

Bl. Creus., 23 ans, chanteuse de café-concert, entrée à Lariboisière le 10 juin 1884.

A la région antérieure du cou et à droite il existe une tumeur indolente, ferme et qui gêne la déglutition.

Enrouement. Dysphonie.

Muqueuse laryngée parfaite, mais parésie de la corde vocale droite.

La tumeur est ferme, élastique, mais fluctuante, indolente.

Traitement iodé car on pense à un goître.

Aucun résultat.

Le 10 juin ponction : liquide clair, limpide.

Kyste hydatique.

On injecte de la teinture d'iode pure.

Le 18 la tumeur est peu perceptible ; encore un peu de gêne ; l'électrisation des muscles en larynx ramène la clarté de la voix, la tumeur diminue.

Obs. XVI. — COUPRY : *Kyste hydatique du cou. Marsupialisation. Guérison.*

G... Léon, 12 ans, sans profession. Hôtel-Dieu, Lyon, 12 janvier 1891.

Tumeur ovale de la région cervicale droite de la grosseur d'une orange.

Peau normale renfermant des veines supplémentaires et dilatées.

Tumeur fluctuante à la partie postérieure, rénitente à sa partie antérieure.

Pas de mobilité.

Indolente.

15 janvier, ponction : Liquide clair et limpide.

Opération. — Incision de la peau ; on arrive sur la tumeur qu'on ne peut pas disséquer.

Adhérences nombreuses et profondes surtout à la jugulaire interne et aux vertèbres font prendre le sage parti de ne pas exciser la tumeur.

Kyste hydatique avec deux hydatides filles au fond de la poche kystique.

Marsupialisation.

Pansement iodoformé.

Guérison rapide.

Obs. XVII. — Routier (*Société de chirurgie*, 28 novembre 1900).

Jeune garçon de 18 ans, tumeur siégeant à la base du cou à droite, volume d'une prune, soulevé le sterno-cléïdo-mastoïdien, tumeur indépendante du corps thyroïde.

Fluctuante, ni souffle, ni battements.

Début remontant à 18 mois.

Depuis quelques semaines la tumeur grossissait provoquant des douleurs.

A l'opération gros kyste comme les deux poings.

On enlève la membrane en entier et on referme l'incision comme pour un kyste de l'abdomen.

Ici, les tissus ne comblent pas aussi facilement les vides et le 8e jour, on mit un drain pour évacuer la sérosité qui s'était accumulée dans la cavité.

Malade parfaitement guéri.

Obs. XVIII. — Thévenot (*Gazette des Hôpitaux*, p. 1201, année 1901).

M..., 55 ans, cultivateur, lésion inflammatoire latérale gauche, entre le 20 juin 1901 à l'hôpital.

Il porte depuis 4 ans une tumeur mobile, indépendante, grossissant progressivement pour atteindre le volume d'une pomme.

A la suite d'une grippe des phénomènes généraux graves apparaissent. La tumeur augmente.

On constate alors un phlegmon de la moitié gauche du cou.

Diagnostic facile à porter.

Le 21 juin 1901, on incise la poche en avant du sterno-cléïdo mastoïdien : issue de vésicules, de membranes et de pus.

Poche tendant à se bilober.

On draine largement.

Suites opératoires simples.

Le malade sort le 6 juillet.

Obs. XIX. — LIEUTAUD (*Hôpital de Versailles, in* Coupry).

Kyste ouvert dans la trachée.

Jeune fille de 18 ans. Porte depuis 10 ans à la région antérieure et inférieure du cou une tumeur qui est maintenant considérable.

Dyspnée intense.

La malade meurt 6 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, après incision de la tumeur, issue du liquide clair et d'hydatides.

La poche communique avec la trachée par ouverture circulaire de 5 lignes de diamètre par où plusieurs hydatides s'étaient engagées dans la trachée.

CONCLUSIONS

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette étude ?

1) C'est que les kystes hydatiques de la région cervicale constituent une affection rare ;

2) Ces tumeurs sont presque toujours primitives.

Dans les rares cas où il y a coexistence de kyste hydatique du cou et du kyste hydatique du foie (Körte), il a été impossible de savoir où s'est faite la localisation initiale de l'échinocoque et par conséquent si l'un de ces kystes est secondaire à l'autre ou si les deux sont primitifs.

L'observation que nous publions n'élucide pas cette question de pathogénie qui reste entière ;

3) Malgré leurs symptômes, ces kystes sont d'un diagnostic difficile.

On ne pense guère à ce diagnostic que s'il existe une autre localisation de l'échinocoque.

La ponction seule permet d'affirmer le diagnostic ;

4) Ces kystes absolument indolents sont fort bien tolérés en général et pendant longtemps.

Le pronostic en est favorable si le diagnostic qui doit entraîner l'intervention est *précoce*.

Cette affection bénigne peut, abandonnée à elle-même, déterminer des accidents graves ;

5) Il nous semble que le choix de l'opération doive être déterminé par les circonstances dans lesquelles se présente la tumeur.

L'énucléation sera le traitement de choix d'un petit kyste sans ou avec peu d'adhérences.

Les gros kystes multilobés et très adhérents devront, nous semble-t-il, être largement drainés.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,
PIERRE DUVAL

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1) Coupry. — Les kystes hydatiques de la région cervicale (*Thèse de Lyon*, 1891).

2) Thévenot. — Gros kyste hydatique suppuré du cou (*Gazette des Hôpitaux*, 1901, p. 1201-1202).

3) Thévenot. — Des kystes hydatiques du cou (*Gazette des Hôpitaux*, 1902, p. 333-39).

4) Beauchamp. — Diagnostic des kystes hydatiques musculaires (*Thèse Montpellier*, 1908-1909).

5) Colomb. — Kystes hydatiques de la nuque (*Thèse de Montpellier*, 1903-1904).

6) Calandreau. — Diagnostic des kystes hydatiques musculaires (*Thèse de Paris*, 1918-1919).

7) Dévé. — De l'Echinococcose secondaire (*Thèse de Paris*, 1901).

8) Demarquay. — Kyste hydatique pris pour un lipome (*Gazette des Hôpitaux*, p. 162, 1890).

9) Posadas. — Traitement des kystes hydatiques (*Revue de Chirurgie*, 1889).

10) Brassart. — Diagnostic des kystes externes hydatiques (*Thèse de Paris*, 1877).

11) Bertelé. — Les kystes hydatiques des muscles de la face (*Thèse de Lyon*, 1896).

12) Stéphan. — Kystes épithélio-lymphoïdes du cou (*Thèse de Paris*, 1919).

13) Dévé. — Echinococcose secondaire embolique périphérique (*Société de Biologie*, juillet 1913).

14) Tyson. — The philosophical transactions of the Royal *Society of London*, vol. IV, 1700).

15) Laennec. — *Œuvres*, obs. II, p. 144, An XI.

16) Pravaz. — *Thèse de Paris*, p. 51, 1824.

17) (James) Dixon. — *Med. Chirurg. transactions London*, t. XXXIV, p. 315, 1851, (*in* Coupry).

18) Hensen. — *Deutsche Zeitschrift. fur. Chirurgie*, 1873.

19) Dehlio et Bergmann. — *Deutsche Zeitschrift fur. chir.*, 1873.

20) Tourneret. — *Gazette Médicale Strasbourg*, t. XXXV, p. 117, 1876, (*in* Coupry).

21) Körte. — *Berlin. Klin. Woch.*, nº 26, p. 381, juin 1879, *in* Coupry.

22) Bucquoy. — *Union médicale*, 10 javier 1884.

23) Péan. — *Leçon de clinique chirurgicale Hôpital St-Louis*, t. III, 1885.

24) Péan. — Clinique Chirurgicale Hôpital St-Louis, t. IV, 1885.

25) Reverdin. — *Revue de la Suisse Romande*, 1885.

26) Reynal. — *Bulletin des Sciences Médicales de la Société du département de l'Eure* (*in* Coupry).

27) Dardel. — *Thèse de Paris*, 1888.

28) Coupry. — *Thèse de Lyon*, 1891.

29) Routier. — *Société de Chirurgie*, 1900.

30) Thévenot. — *Gazette des Hôpitaux*, p. 1207, 1901).

31) Lieutaud. — *Hôpital de Versailles* (*in* Coupry).

32) *Index médecin* — Revues diverses et journaux.

1929 St-Amand (Cher). Imprimerie A. CLERC.